ITEM 342 : MALAISE - PERTE DE CONNAISSANCE

Fiche à lire conjointement avec celle de l'item 342 (chapitre 30 du Collège du MIR)

DEFINITIONS	**Malaise**	= Plainte subjective : **indisposition, gêne trouble, sensation pénible vague d'un trouble des fonctions physiologiques** → il s'agit + d'une plainte qu'un véritable symptôme.
	Perte de connaissance	= Suspension de conscience de courte durée (quelques secondes/minutes). - Spontanément réversible.
	Syncope	= Perte de connaissance brève, de quelques minutes, avec une perte du tonus postural et un retour rapide à l'état de conscience normal ➝ hypoperfusion cérébrale globale et passagère. Hypoperfusion cérébrale par dysfonction cardiaque mécanique ou électrique ou par baisse transitoire de la pression artérielle ou diminution du débit sanguin cérébral par AVC ischémique.
	Lipothymie	= Syncope partielle par perte du tonus postural sans perte de connaissance réelle. Durée d'hypoperfusion trop brève pour entraîner une perte de connaissance.
	Crise comitiale	= Décharge hypersynchrone de neurones : perte de connaissance si la décharge a lieu dans les 2 hémisphères simultanément. - Absence, perte de contact de quelques dizaines de secondes. - **Crise généralisée tonico-clonique** (CGTC) avec perte de connaissance prolongée durant quelques dizaines de minutes (crise (3 minutes) et confusion postcritique).
	Pseudo-crise épileptique	= Caricature de crise d'épilepsie, de plusieurs dizaines de minutes, sans perte de connaissance : d'origine psychique → il s'agit de la 3e cause de malaise.
	➝ Diagnostic différentiel selon le lieu de reprise d'une conscience claire : - Syncope : reprise de conscience claire sur les lieux de la perte de connaissance, avant l'arrivée des secours. - Crise d'épilepsie généralisée : reprise de conscience progressive dans le camion des secours ou aux urgences.	
BILAN	Bilan systématique = **ECG + glycémie capillaire** +/- NFS/protides (déshydratation extracellulaire) +/- iono/fonction rénale. Facteurs de gravité = terrain cardiovasculaire, syncope survenue **à l'effort** ou **en décubit**us, syncope avec TC, pas de prodrome ou prodromes à type de **palpitations/douleur thoracique**, syncopes récidivantes, syncope avec cyanose. La gravité d'une syncope est liée à son étiologie, et les causes **cardiaques** sont de moins bon pronostic. Hospitalisation = si **cardiopathie sous-jacente** connue ou suspectée, **syncope d'effort**, histoire familiale de mort subite ou maladie familiale cardiaque connue, traumatisme sévère, PC survenue au cours d'un effort physique.	

CRISE COMITIALE

CRISE D'ÉPILEPSIE GÉNÉRALISÉE TONICO-CLONIQUE	C	Arguments diagnostiques	- Début soudain, sans prodrome sauf crise focale secondairement généralisée (aura épileptique), possible sensation de déjà-vu ou sensation épigastrique ascendante. - Perte de connaissance prolongée : plusieurs dizaines de minutes (crise, coma puis confusion postcritique) avec reprise de conscience progressive. - Séquence en 3 phases : . **Tonique** : hypertonie en extension des 4 membres, cyanose. . **Clonique** : secousses régulières puis espacées. . **Résolutive** : hypotonie et respiration bruyante. - **Fréquence** ++ : 3 % des patients examinés dans les services d'urgences.
		Éléments inconstants	- **Morsure du bord latéral de langue** (quasi-pathognomonique car possible également en cas de syncope + chute avec morsure traumatique de la langue) à la phase tonico-clonique. - **Aura épileptique** (prodrome) : crise partielle puis généralisée. - **Chute traumatique** et **perte d'urine** : sans valeur diagnostique.
	PC		- **EEG** (dans les heures ou 24 h suivant ++) : ondes lentes résiduelles ➝ un EEG normal n'exclut pas le diagnostic. - Non nécessaire si patient épileptique connu ou si diagnostic certain.
	TTT		- Pendant la crise : mise en **position latérale de sécurité, oxygénothérapie**, ne pas chercher à retirer la langue. - Au décours de la crise : aucun traitement en urgence, **clonazépam (Rivotril®)** 1 mg IV si 2e crise.
		Si malade épileptique connu	- Rechercher un **facteur déclenchant** : manque de sommeil, alcoolisation, fièvre, mauvaise observance thérapeutique. - Réévaluer le traitement si besoin.
		Si 1re crise	- Bilan biologique standard + EEG. - **Scanner cérébral** (ou **IRM** si accessible). ➝ En urgence si symptômes associés (céphalées, déficit neuro), même si crise circonstancielle (alcoolisation…)
PSEUDO-CRISE ÉPILEPTIQUE	C		- Absence de véritable perte de connaissance (difficile à affirmer). - « Perte de connaissance » très prolongée, avec plusieurs dizaines de minutes de mouvements anormaux. - Mouvements des membres anarchiques, corps arc-bouté (opisthotonos), mouvements du bassin, cris. - Presque toujours en public (conjoint, parents…) - Contexte biographique (abus sexuels, conflit familial/conjugal, bénéfice 2ndr) et antécédents psychiatriques. - Résistance à l'ouverture des yeux. - Généralement absence de blessure ou de pertes d'urines.

	PC	- Éviter les examens complémentaires itératifs. - En cas de pseudo-crises alternant avec des crises authentiques : **vidéo-EEG** (avec épreuve de suggestion : hyperpnée, stimulation lumineuse intermittente).
	PEC	- Éviter les actes invasifs (intubation…) - **Benzodiazépines** à la phase aiguë. - **Psychothérapie** à distance.

AUTRES MALAISES ET PERTES DE CONNAISSANCE

MALAISE SANS PERTE DE CONNAISSANCE	**Attaque de panique**	- Épisodes de plusieurs dizaines de minutes, sans perte de connaissance vraie. - Vive anxiété, sensation de mort imminente. - Symptômes somatiques : oppression thoracique, « tête vide », palpitations, striction laryngée, sueurs, tremblements, vue brouillée… - **Crise de tétanie** : hyperventilation, paresthésies des extrémités et péribuccales (parfois latéralisées) et spasme carpopédal (« main d'accoucheur ») par hypocapnie. - PEC : **benzodiazépine IV** → soulagement rapide.
	Éthylisme aigu	- Agitation, agressivité, somnolence ou coma. - Diagnostic facile : haleine, habitude, contexte, alcoolémie. → **Evoquer systématiquement** : hypoglycémie, intoxication médicamenteuse, trauma crânien associé, hyponatrémie, infection neuroméningée (immunodépression relative). → Une crise d'épilepsie généralisée peut survenir lors d'une alcoolisation aiguë ou un sevrage.
	Hypoglycémie	- Jamais syncopale. - **Malaise hypoglycémique** : sensation de faim, sueurs, céphalées, troubles visuels, pouvant régresser spontanément ou évoluer vers une confusion mentale, un trouble de la vigilance (somnolence, obnubilation, coma) et des convulsions épileptiques. → Généralement diabétique connu et traité. → Dosage systématique immédiat de la glycémie capillaire devant tout malaise atypique/inexpliqué.
	AIT vertébro-basilaire	- Peut comporter des **sensations de malaise** : vertige, déséquilibre, céphalées postérieures, nausées, troubles visuels → jamais de perte de connaissance isolée. - *Drop-attack* = chute du tonus musculaire brutal et global sans trouble de conscience.
MALAISE + PC	**Syncope vaso-vagale**	= On parle également de syncope neurocardiogénique ou à médiation neurale. Principale cause de syncope, baisse des résistances vasculaires périphériques +/- bradycardie sinusale + signes neurovégétatifs (sueurs, nausées). Contexte clinique = chaleur, station debout prolongée, post-prandial, douleur, émotion.
	Traumatisme crânien	- Syncope simple ou convulsivante. - Crise d'épilepsie généralisée tonico-clonique possible au décours. → En l'absence de contexte de traumatique : possible traumatisme crânien 2^{ndr} à une syncope ou une crise d'épilepsie généralisée.
	Douleur thoracique	= Forme syncopale d'**angor** ou d'**embolie pulmonaire** (signes de cœur pulmonaire aiguë à l'ECG et d'insuffisance cardiaque droite cliniquement). = Rétrécissement aortique serré = possible syncope à l'effort. = Myxome de l'atrium = possible syncopes aux changements de position.
	Origine cardio-électrique	- Troubles de conduction = BAV paroxystique (BAV 2 Mobitz 2, BAV 3) → syncopes typiques à l'emporte-pièce sans prodrome. - Bloc sino-atrial paroxystique = ++ > 70 ans, lipothymie > malaise vraie. - Tachycardie ventriculaire paroxystique = contexte d'IDM ou de cardiopathie ischémique chronique → attention, la **fibrillation ventriculaire** n'est pas une cause de syncope car **jamais spontanément réversible**. - Torsade de pointes = favorisée par la prise d'anti-arythmique, une hypokaliémie, une hypercalcémie, un syndrome du QT long.
	Hypotension orthostatique	- FDR = déshydratation, anémie, iatrogénie (anti-HTA, NL, anti-PK, ATD3C), dysautonomie (Parkinson, PRNA, amylose, diabète), hypoTA post-prandiale (< 2 h, aliments très chauds, action VD, atmosphère chaude, régime riche en glucides. - Diagnostic = baisse de la PAS > 20 mmHg et de la PAD > 10 mmHg ou PAS au lever < 90 mmHg dans les **3 minutes** suivant le passage en position debout. - PEC = lever progressif, bas de contention +/- réadaptation neurovégétative +/- vasoconstricteurs agonistes-alpha (midodrine, étilefrine) +/- régime hypersodé +/- fludrocortisone.

AUTRES (RARES)	**Crise d'épilepsie partielle complexe**	**Crise d'épilepsie temporale** : dure 2-3 minutes, stéréotypée pour un même malade. - Sensation épigastrique ascendante, arrêt d'activité avec rupture du contact, fixité du regard, mouvements de mâchonnement ou de déglutition, activité gestuelle simple (frottement…)
	Crise non épileptique psychogène	- Peut être évoquée devant tout EMETCG : le **risque est l'escalade thérapeutique** en prenant en charge comme un EME supposé réfractaire. - Généralement chez ado/sujet jeune, notion d'hospit multiples avec EEG post-critiques normaux, manifestations spectaculaires, prolongées et désordonnées, non stéréotypées raideur axiale, hyperventilation sans cyanose, paupière fermée avec résistance à l'ouverture des yeux, absence de mydriase. - Absence de réponse aux ttt anti-épileptiques. - En post critique réveil rapide sans confusion, pleurs possibles. - Lactates et CPK normaux.
	Ictus amnésique	= Oubli à mesure, de plusieurs heures, avec questions itératives (car oubli à mesure, patient très perplexe, désorientation uniquement temporale) mais comportement adapté. Trouble aigu de l'enregistrement en mémoire épisodique. Début brutal et spontanément réversible, laissant une lacune amnésique. Étiologies = spontané ou post-choc (stress physique ou psychique). IRM cérébrale = possible hypersignal localisé en séquence de diffusion au niveau hippocampique.
	Narcolepsie-cataplexie	= Brusque accès de sommeil irrépressible, pluriquotidiens. - Cataplexie = associée à des chutes par hypotonie, sans perte de conscience.